

特定疾患医療費証明書

受給者番号		受給者氏名					
診療年月	区分	診療日 (日付)		診療・介護報酬、調剤点数 (A)	自己負担割合 (B)	受給者からの 領収額 (C)	医療保険上の 限度額適用区分 (D)
年 月	入院 外来 調剤 訪看 介護	日 ~ 日	点		1割 2割 3割	円	
		日 ~ 日					
		日 ~ 日					
		日 ~ 日					
年 月	入院 外来 調剤 訪看 介護	日 ~ 日	点		1割 2割 3割	円	
		日 ~ 日					
		日 ~ 日					
		日 ~ 日					
年 月	入院 外来 調剤 訪看 介護	日 ~ 日	点		1割 2割 3割	円	
		日 ~ 日					
		日 ~ 日					
		日 ~ 日					
年 月	入院 外来 調剤 訪看 介護	日 ~ 日	点		1割 2割 3割	円	
		日 ~ 日					
		日 ~ 日					
		日 ~ 日					
上記のとおり証明します。							
年 月 日							
〒 所在地 名 称 代表者							
印							
備 考							